

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เขตกรุงเทพมหานคร¹

ทัศนยา บุญทอง Ed.D.² อรรถพรณ โตสิงห์ พย.ด.³
ประภา ยุทธิไตร พย.ด.⁴ วิไลวรรณ ทองเจริญ ป.ร.ด.⁵
นาวาอากาศเอกหญิง ไสพรณ โพทะยะ พย.ด.⁶ มัตติกา ใจจันทร์ พย.ม.⁷
ชนินทร์ จักรภพโยธิน ร.ป.ด.⁸ (รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต)⁹
ขวัญธิดา พิมพ์การ ป.ร.ด. (จิตวิทยาประยุกต์)⁹ ทดดาว แนนเนียน วท.ม.(สถิติ)¹⁰

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ มีพันธกิจการดูแลสุขภาพชุมชนในพื้นที่ที่มีความซับซ้อนและหลากหลายในเชิงเศรษฐกิจสังคม และเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อการวางแผนให้การดูแลเชิงรุกได้อย่างครอบคลุม

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร

การออกแบบการวิจัย การวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้กรอบแนวคิดการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุขและการทบทวนวรรณกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกรุงเทพมหานครที่ขึ้นทะเบียนกับศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตที่ทำการศึกษ จำนวน 1,360 คน สุ่มแบบง่ายจากรายชื่อประชาชนวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนกับศูนย์บริการสาธารณสุขจากชุมชน 68 แห่ง ชุมชนละ 20 คนที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบสอบถามผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .90 และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.50) อายุระหว่าง 20-95 ปี อายุเฉลี่ย 57.80 ปี (SD = 14.6) ใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 87.36) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 56.47) และมีภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 67.96) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบสามอันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.77) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 46.18) และเบาหวาน (ร้อยละ 30.74) ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังสองโรคขึ้นไป และมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง มากกว่าร้อยละ 40 ได้รับผลกระทบจากโรคและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลางถึงสูง ได้แก่ อาการปวดเข่า ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย สมองง่าย หงุดหงิดง่าย วิดกกังวล กลัวจะเป็นภาระของครอบครัว ท้อแท้ เบื่อหน่าย ทำกิจกรรมไม่ได้เหมือนเดิมและรายได้ลดลง นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรค ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย ไม่ควบคุมการบริโภคอาหาร นอนหลับไม่เพียงพอ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ สำหรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษาพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 47.46) ไม่ได้พบแพทย์อย่างต่อเนื่องแต่ซื้อยารับประทานเอง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.7 แบ่งยาให้เพื่อนบ้านที่มีอาการคล้ายกันรับประทาน

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทายยา ร่วมกับการพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง ผลกระทบ การปฏิบัติตัว การควบคุมและป้องกันโรค วันที่ได้รับ 12 ก.ย. 65 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 พ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 21 พ.ค. 67

¹โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

²รองศาสตราจารย์ คณบดี วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ E-mail: orapan.tho@cra.ac.th

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

⁵รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

⁶อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

⁷อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

⁸อาจารย์ สำนักงานวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

⁹อาจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

¹⁰ผู้ช่วยนักวิจัย สำนักงานคณบดี วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

Situations of Non-Communicable Diseases among Adults and Older Adults Living in Urban Community, Bangkok, Thailand¹

Tassana Boontong, Ed.D.,² Orapan Thosingha, D.N.S.,³

Prapa Yuttatri, D.N.S.,⁴ Vilaivan Thongcharoen, Ph.D. (Nursing),⁵ Soparn Potaya, D.N.S.,⁶

Mattika Chaichan, MN.Sc.,⁷ Chanin Chakkrapodyodhin, Ph.D. (Public Administration),⁸

Khwanthida Phimphakarn, Ph.D. (Nursing),⁹ Taddao Nabnean, M.S. (Statistic)¹⁰

Extended Abstract

Introduction Non-communicable diseases (NCDs) are increasing as a health concern in urban Bangkok communities. The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy is dedicated to serving communities experiencing diverse socio-economic challenges associated with NCDs. It is therefore crucial to study the situation of non-communicable diseases in the community in order to develop proactive care plans.

Objective To describe the situations of NCDs in the communities, including health problems, the impact of NCDs, and health practices to control and prevent the severity of NCDs in adults and older people living in communities of a district in the Bangkok metropolitan.

Design A descriptive study using the framework of non-communicable disease surveillance and control concepts of the World Health Organization, the Ministry of Public Health, and literature review.

Methodology The sample consisted of 1,360 adults and older adults with NCDs registered at a public health center in the study area of Bangkok. They were selected through simple random sampling from the list of adult and older people with NCDs registered from 68 communities, with 20 participants from each community who met the inclusion criteria. Data were collected using questionnaires on health problems, the impact of NCDs, and health practices to control and prevent the severity of NCDs. The questionnaires were developed by the researchers and assessed for content validity, revealing a content validity index of .90. The reliability of the questionnaire on the impact of NCDs was assessed using Cronbach's alpha, resulting in a coefficient of .90, while the questionnaire on health practices to control and prevent the severity of NCDs yielded a Cronbach's alpha coefficient of .91. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, and maximum values.

Results Most of the sample were female (62.50%), with ages ranging from 20 to 95 years, and a mean age of 57.80 years (SD = 14.6). The majority of the sample utilized universal health coverage (87.36%), while over half had a monthly income below 1,000 baht (56.47%) and were overweight (67.96%). The top three prevalent NCDs were hypertension (61.76%), dyslipidemia (46.18%), and diabetes (30.74%). Most of them had two or more chronic diseases, with complications such as heart disease, stroke, and chronic kidney disease. More than 40% of the sample experienced moderate to severe impacts on daily activity disturbance due to their conditions, including knee pain, back pain or shoulder pain, headache, insomnia, fatigue, distracted, irritable mood, anxiety, fear of burdening family, despair, bored, reduced daily activities, and decreased income. Additionally, there were challenges in health practices to control and prevent severity of NCDs including lack of exercise, poor dietary control, insufficient sleep, alcohol consumption, and smoking. Concerning medication adherence, nearly half of the sample (47.46%) did not regularly visit healthcare professionals but self-medicated, while 29.7% shared medications with neighbors experiencing similar symptoms.

Recommendations The findings of this study provide an initial recommendation for developing health behavioral modification programs for those with NCDs in the community focusing on dietary consumption, physical activity, and medication adherence. This includes improving health service systems to ensure continuous access to healthcare services for this population.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(2) 163-177

Keywords non-communicable diseases/ adults and older adults/ urban community/ impacts/ health practices/ disease control and prevention

Received 12 September 2022, Revised 21 May 2024, Accepted 21 May 2024

¹Funded by the Thailand Science Research and Innovation

²Associate Professor and Dean, The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

³Corresponding author Associate Professor, Department of Adult and Gerontology, The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand Email: orapan.tho@cra.ac.th

⁴Assistant Professor, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

⁵Associate Professor, Department of Adult and Gerontology, The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

⁶Lecturer, Department of Adult and Gerontology, The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

⁷Lecturer, Department of Public Health Nursing, The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

⁸Lecturer, Office of General Education, The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

⁹Lecturer, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

¹⁰Research Assistant, Office of the Dean, The Princess Agramarajakumari College of Nursing at Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ และเป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตในประชาชนวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ¹⁻² ทำให้แต่ละประเทศต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีทางเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จึงพบว่าอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง¹⁻³ แม้ทุกประเทศทั่วโลกจะมีมาตรการที่ชัดเจนในการลดอัตราการเกิดโรคในกลุ่มประชาชนที่มีสุขภาพดี และลดอัตราการตายของประชาชนที่เป็นโรคแล้ว แต่พบว่าหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อัตราป่วยรายใหม่และอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลับเพิ่มจำนวนขึ้นในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง มีผลให้ไม่บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรโลกตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ⁴

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในการป้องกัน เฝ้าระวัง และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมุ่งเน้นการประเมินความเสี่ยงในประชากรร่วมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง หรือประชาชนที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะแรก ๆ⁵ เพื่อการป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนและความพิการผ่านการกำกับและควบคุมจากองค์กรสุขภาพระดับชาติ กำหนดนโยบายตามลำดับชั้นในบุคลากรระดับปฏิบัติประจำพื้นที่เพื่อให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มอย่างครอบคลุม ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประชาคมโลก ที่เผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ⁶ โดยรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข⁷

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารีราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ตั้งอยู่ในเขตหลักสี่กรุงเทพมหานคร ได้ร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมาชุมชนในพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นชุมชนเมืองที่มีลักษณะเฉพาะด้านความหลากหลายเชิงโครงสร้างของที่พักอาศัย ตลอดจนการประกอบอาชีพและเศรษฐกิจ กล่าวคือมีความแตกต่างกันของประชากร สิ่งปลูกสร้าง และสถานที่ส่วนราชการ ทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้ ยังมีชุมชนที่พักอาศัยเป็นลักษณะหมู่บ้านจัดสรรและอาคารสูง ประชาชนมีรายได้ต่ำจนถึงรายได้สูง ชุมชนแออัดเป็นชุมชนริมคลองที่ประชาชนมีรายได้ต่ำมากหรือมีรายได้ไม่แน่นอน อีกทั้งมีสิ่งปลูกสร้างที่เป็นบ้านพักอาศัยที่ไม่มีบ้านเลขที่รวม 383 หลังคาเรือนและผู้พักอาศัยเป็นประชาชนที่ย้ายถิ่นฐานมาจากต่างจังหวัดเพื่อทำงานในกรุงเทพมหานคร มาเป็นระยะเวลากว่า 20-30 ปี

จากข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ห้วยสองห้องเขตหลักสี่ในปีพ.ศ. 2561 พบว่า ประชาชนวัยผู้ใหญ่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยนอก ด้วยปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.92) โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 20.8) โรคระบบไหลเวียนเลือด (ร้อยละ 17.9) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 15.9) และโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 11.6) อีกทั้งระบบบริการสุขภาพยังเป็นในลักษณะของการตั้งรับเน้นที่การรักษาเมื่อเกิดโรค การควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อน

จากการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารเสริม การสูบบุหรี่ การเกิดความเครียดสะสมอย่างต่อเนื่อง การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการใช้ยา⁷ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมด้านปัญหาสุขภาพ ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรค จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชน และเป็นแนวทางในการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุชุมชนเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก⁸ และกระทรวงสาธารณสุข⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม⁷ ซึ่งตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 การสร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ในเป้าหมายย่อย 3.4 คือลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามภายในปี พ.ศ. 2573 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่ในชุมชนเขตหลักสี่ของกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตหลักสี่และขึ้นทะเบียนกับศูนย์บริการสาธารณสุข 53 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โดยการวินิจฉัยของแพทย์ 3) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบง่ายจากรายชื่อประชาชนวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนในเขตหลักสี่ทั้ง 68 แห่ง ชุมชนละ 20 คนโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,360 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการวิเคราะห์เนื้อหาที่สรุปได้จากการสนทนากลุ่มกับตัวแทนของชุมชนทั้ง 68 ชุมชนในเขตหลักสี่ระหว่างวันที่ 10-28 มีนาคม พ.ศ. 2564 และนำมาสรุปเป็นประเด็นหลัก ในกระบวนการดังกล่าว กลุ่มผู้วิจัย (จำนวน 8 คน) ประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการจากศูนย์บริการสาธารณสุข 53 จำนวน 2 คน เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเด็นและหัวข้อหลัก จากนั้นพัฒนาเป็นข้อคำถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิการรักษา รายได้ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประวัติการรักษาและการผ่าตัดนำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

ส่วนที่ 3 ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเกิดอาการร่วมและผลกระทบที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน (diabetes) โรคอ้วน (obesity) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (chronic respiratory disease) และ กลุ่มโรคมะเร็ง (cancer) ลักษณะของคำถามเป็นการนำเสนออาการแต่ละอาการ ดังนี้ “โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ทำให้ท่านมีปัญหาดังต่อไปนี้หรือไม่ หากมี กรุณาระบุระดับของปัญหาและผลกระทบของปัญหานั้นต่อการดำเนินชีวิตของท่าน” ลักษณะการตอบให้ระบุว่า มีอาการหรือไม่มีอาการ และหากมีอาการ มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยให้ระบุระดับความรุนแรงของอาการตั้งแต่มีอาการรุนแรงในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (10 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรุนแรงระดับต่ำ (1-3 คะแนน) ความรุนแรงระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และความรุนแรงระดับมากที่สุด (7-10 คะแนน) ในการตอบคำถามส่วนผลกระทบ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการ ระบุว่าอาการดังกล่าวรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันหรือไม่ หากรบกวนรบกวนในระดับใด ตั้งแต่รบกวนการดำเนินชีวิตในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (10 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ มีการรบกวนการ

ดำเนินชีวิตในระดับน้อยที่สุด (1-3 คะแนน) มีการรบกวนการดำเนินชีวิตในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และมีการรบกวนการดำเนินชีวิตในระดับมากที่สุด (7-10 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรค ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) การควบคุมพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมการกำเริบของโรค (จำนวน 12 ข้อ) 2) การรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรค (จำนวน 9 ข้อ) 3) การพบแพทย์เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง (จำนวน 5 ข้อ) และ 4) การแสวงหาข้อมูลและแหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง (จำนวน 4 ข้อ) ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับคือ ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หรือปฏิบัติเมื่อนึกได้ (1 คะแนน) ปฏิบัติสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (2 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้คือ 0-60 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีพฤติกรรมที่ดีในการควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรค

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ .90 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 3 ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson-20 (KR-20) เท่ากับ .90 และ .94 ในกลุ่มตัวอย่าง 1,360 คน และแบบสอบถามส่วนที่ 4 ตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการวิจัย 005/2564 ผ่านการอนุมัติวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า มีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ เป็นไปตามแบบชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย การนำเสนอข้อมูลเป็นเชิงวิชาการ และใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้นัดประชุมกับผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลเยี่ยมบ้านประจำศูนย์สาธารณสุข 53 จำนวน 3 คน และพนักงานช่วยด้านสุขภาพจำนวน 9 คน ซึ่งเป็นลูกจ้างเงินรายได้ของศูนย์สาธารณสุข 53 พนักงานทั้ง 9 คน สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ถึงปริญญาตรี ได้รับการฝึกอบรมให้เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในชุมชนและมีประสบการณ์ในชุมชนไม่น้อยกว่า 2 ปี

2. ผู้วิจัยจัดการอบรมและชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนของการเก็บข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 12 คนทราบ และมอบหมายให้เป็นผู้ช่วยในโครงการวิจัยทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการแจกแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self administration) และอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ

(structured interview) ในกรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่คล่องหรือต้องการความช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม มีผู้วิจัยกำกับดูแลความถูกต้องและครบถ้วนของการเก็บข้อมูลตลอดทั้งกระบวนการ ตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 3 มกราคม 2565

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในชุมชนที่ละแห่ง จนครบทั้ง 68 แห่ง ทั้งนี้ก่อนเข้าชุมชน ผู้ช่วยวิจัยได้นัดหมายประธานชุมชนเพื่อนำไปยังบ้านของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้จากการสุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุได้คัดเลือกผู้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 คัดเลือกให้โดยพิจารณาจากประวัติว่าไม่มีอาการผิดปกติของการรับรู้หรือเป็นโรคที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์สถิติบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรค

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,360 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.50) อายุระหว่าง 20-95 ปี อายุเฉลี่ย 57.80 ปี (SD = 14.6) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38.24) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.01) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 24.93) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 (ร้อยละ 56.47) รายได้เฉลี่ย 10,499.55 บาท/เดือน (SD=9,867.60) ค่ามัธยฐานของรายได้เท่ากับ 9,000 บาท/เดือน มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 42.75)

แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการรับจ้างรายวัน (ร้อยละ 67.06) สำหรับสิทธิค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 87.36) มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสังคม (ร้อยละ 7.79) และสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 4.85)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.74) มีภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 67.96) ประมาณหนึ่งในสามมีโรคอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 31.14) และโรคอ้วนรุนแรง (morbid obesity) ร้อยละ 5.91 โดยใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข มีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 8.09 และร้อยละ 58.69 ของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุด สามอันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.76) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 46.18) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 30.74) ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอาการวิกฤติฉุกเฉินจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ร้อยละ 22.28

กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

1. เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ประกอบด้วยปัญหาทางด้านร่างกาย (physical problems) ได้แก่ ปัญหาการปวดเข่า ปวดหลังหรือปวดไหล่ (knee pain,

back pain, or shoulder pain) เหนื่อยล้า (fatigue) อ่อนเพลีย (exhausted) นอนไม่หลับ (insomnia) และปวดศีรษะ (headache) ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problems) ได้แก่ ลืมง่าย (distracted) หงุดหงิดง่าย (irritable mood) วิตกกังวล (anxiety) กลัวจะเป็นภาระของครอบครัว (fear of burdening family) รู้สึกท้อแท้ (despair) และรู้สึกเบื่อหน่าย (bored) ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม (social and economic problems) ได้แก่ รายได้ลดลง (decreased income) ทำกิจกรรมประจำวันได้ลดลง (reduced daily activities) ทำงานไม่ได้เหมือนเดิม (unable to work as usual) และทำกิจกรรมนอกบ้านลดลง (reduced outdoor activity) (Table 1)

2. อาการหรือปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าร้อยละ 40 ระบุว่ามีความรุนแรงในระดับปานกลางถึงระดับสูง (moderate to high severity) ได้แก่ อาการปวดเข่า ปวดหลัง หรือปวดไหล่ นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า กลัวจะเป็นภาระของครอบครัว ลืมง่าย และรายได้ลดลง (Table 1)

3. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65-84 ระบุว่าอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดรบกวนชีวิตประจำวันของตนเอง (daily activity disturbance) และเกินกว่าร้อยละ 30 ระบุว่าทุกอาการรบกวนชีวิตประจำวันระดับปานกลางถึงมากที่สุด (moderate to high disturbance) (Table 1)

Table 1 Impact of non-communicable disease among the participants (n = 1,360)

Symptom/Problem	n	%	Moderate to high severity	Daily activity disturbance	Moderate to high disturbance
			n (%)	n (%)	n (%)
Physical problems					
Knee pain, back pain, or shoulder pain	920	67.65	487 (52.93)	663 (72.07)	371 (55.96)
Fatigue	698	(51.32)	281 (40.26)	514 (73.64)	222 (43.19)
Exhausted	683	(50.22)	252 (36.90)	488 (71.45)	186 (57.2)
Insomnia	670	(49.26)	295 (44.03)	488 (72.84)	218 (44.68)
Headache	617	(45.37)	179 (29.01)	401 (64.99)	146 (36.41)
Mental and emotional problems					
Distracted	784	57.65	315 (40.18)	515 (65.69)	229 (44.47)
Irritable mood	553	40.66	192 (34.72)	400 (72.33)	141 (35.25)

Table 1 Impact of non-communicable disease among the participants (n = 1,360) (Cont.)

Symptom/Problem	n	%	Moderate to high severity	Daily activity disturbance	Moderate to high disturbance
			n (%)	n (%)	n (%)
Anxiety	535	39.34	196 (36.64)	418 (78.13)	158 (37.80)
Fear of burdening family	500	36.76	239 (47.80)	392 (78.40)	181 (46.17)
Despair	460	33.82	171 (37.18)	359 (78.04)	143 (39.83)
Bored	457	33.60	154 (33.7)	339 (74.18)	122 (35.98)
Social and economic problems					
Decreased income	662	48.68	351 (53.02)	558 (84.29)	325 (58.24)
Reduced daily activities	420	30.88	137 (32.62)	343 (81.67)	120 (34.93)
Unable to work as usual	417	30.66	161 (38.61)	343 (82.25)	139 (40.53)
Reduced outdoor activity	408	30.00	134 (32.84)	305 (74.75)	102 (33.45)

ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่สม่ำเสมอเกินร้อยละ 50 ได้แก่ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 70.67) การรับประทานอาหารรสจัด เติมน้ำปลา หรือเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม (ร้อยละ 71.52) การงดผงชูรสในอาหาร (ร้อยละ 77.59) การควบคุมปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ (ร้อยละ 67.78) การงดรับประทานอาหารไขมันสูง (ร้อยละ 65.38) และอาหารรสหวาน (ร้อยละ 65.53) การนอนหลับให้เพียงพอ (ร้อยละ 55.15) และการงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 51.49) กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งเคยสูบบุหรี่ก่อนการเจ็บป่วย (ร้อยละ 57.1) ในขณะที่บางส่วนยังสูบบุหรี่อยู่เป็นประจำในปัจจุบัน (ร้อยละ 29.43) และ สูบบุหรี่เป็นบางครั้งไม่สามารถงดบุหรี่ได้เด็ดขาด (ร้อยละ 23.43) พฤติกรรมการรับประทานยาที่เป็นปัญหาสำคัญพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หยุดรับประทานยาทันทีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงและงดยาจนกว่าจะพบแพทย์อีกครั้งตามนัด (ร้อยละ 84.72) นิยมซื้อยาบำรุงเช่น ถั่งเช่า โสม ที่จำหน่ายออนไลน์เพื่อรับประทานร่วมกับยา (ร้อยละ 47.46) และแบ่งยาให้เพื่อนบ้านที่เป็นโรคเดียวกัน หรือมีอาการที่คล้ายคลึงกันรับประทาน (ร้อยละ 29.7) สำหรับ

พฤติกรรมการพบแพทย์เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องพบว่า เกือบครึ่งไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์ (ร้อยละ 46.58) แต่ซื้อยารับประทานเองโดยนำตัวอย่างยาที่ได้รับประจำไปซื้อที่ร้านขายยา ในส่วนของพฤติกรรมด้านการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พบว่า เกือบทั้งหมดได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้ทำการรักษาและพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ไปเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 92.38) อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.15 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อออนไลน์ที่ส่งต่อ ๆ กันในไลน์กลุ่มประจำชุมชน และ ร้อยละ 75.16 ได้ข้อมูลจากการบอกต่อจากเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักและปฏิบัติตามโดยเชื่อว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

การอภิปรายผล

ผลการศึกษารังนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดสามอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.76) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 46.18) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 30.74) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่สองโรคขึ้นไป คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงหรือความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนหนึ่งมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าสามโรค คือความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวานและโรคหัวใจ สามารถอธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.96) มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน และร้อยละ 5.91 เป็น Morbid obesity ทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดตีบแคบจากการเกาะตัวของไขมันจึงเกิดโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ปัจจุบันผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักเกิดโรคมกกว่า 1 โรค โดยโรคที่เกิดคู่กันเสมอคือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงหรือความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เรียกภาวะการเกิดโรคเช่นนี้ว่า โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (multimorbidity)⁸ ซึ่งมีสาเหตุจากความเสี่ยงหลายประเภทร่วมกัน ได้แก่ 1) ความเสี่ยงด้านสังคม เช่น การขาดโอกาสในการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ เพราะอาศัยในชุมชนเมือง อยู่ในห้องพักที่ไม่สามารถปรุงอาหารเองได้ ต้องซื้ออาหารที่จำหน่ายในตลาดที่ไม่สามารถคุมระดับโซเดียม น้ำตาลและไขมันได้ หรือไม่มีรายได้เพียงพอในการเลือกอาหาร ต้องบริโภคเท่าที่เงินซื้อได้ สำหรับกลุ่มคนวัยแรงงานต้องทำงานอย่างเร่งรีบตามวิถีชีวิตคนเมือง 2) ความเสี่ยงด้านชีวภาพ ได้แก่ การมีอายุที่มากขึ้นย่อมเกิดความเสี่ยงและความแข็งตัวของหลอดเลือด หรือระบบการเผาผลาญไม่มีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 3) ความเสี่ยงเชิงระบบ เช่น ข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค หรือระยะที่เริ่มมีความเสี่ยง⁸

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ร้อยละ 56.47 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการรับจ้างรายวัน (ร้อยละ 67.06) ซึ่งเป็นรายได้ที่ไม่แน่นอน สำหรับสิทธิค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 87.36) ซึ่งต้องได้รับการส่งตัวจากศูนย์บริการสาธารณสุข 53

ก่อนการเข้าระบบการรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มเกิดอาการก่อน เช่น ปวดศีรษะเรื้อรัง ปัสสาวะบ่อย หรือบางคนเกิดอาการวิกฤติฉุกเฉิน จึงได้พบแพทย์ที่โรงพยาบาล สำหรับการส่งตัวเพื่อการรักษาแม้ได้รับการประสานงานเป็นอย่างดีจากศูนย์บริการสาธารณสุข 53 แต่กลุ่มตัวอย่างต้องเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามสิทธิ ได้แก่ โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หรือโรงพยาบาลมกฏวดีณะ ซึ่งหากไม่มีพาหนะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนต้องใช้การเดินทางจากบ้านซึ่งเป็นซอยแคบ เพื่อมาใช้รถโดยสารสาธารณะ จึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.58 ไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์แต่ซื้อยารับประทานเองที่ร้านขายยา มีผลให้ไม่ได้รับการตรวจประเมินระดับความรุนแรงของโรค การรักษาที่ไม่ต่อเนื่องเพราะมีความยากลำบากในการเดินทางมาพบแพทย์เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือรุนแรงขึ้นได้^{4,6-9} โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.28 ต้องเข้ารับการรักษาทัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอาการวิกฤติฉุกเฉินจากโรคที่ตนเองเป็นอยู่ อาทิ เกิดภาวะหมดสติจากเส้นเลือดในสมองแตก ตีบตัน หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้หมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือน้ำตาลในเลือดสูงมาก ติดเชื้อจากแผลเบาหวานที่เท้าและเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน การพัฒนาระบบบริการที่เพิ่มการเข้าถึงอย่างรวดเร็ว รักษาผู้ป่วยให้คงอยู่ในระบบจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ

ผลกระทบของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในด้านร่างกายที่พบ 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการปวดเข้า ปวดหลังหรือปวดไหล่ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับและปวดศีรษะ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าร้อยละ 40 ระบุว่าอาการทางร่างกายที่มีความรุนแรงในระดับปานกลางถึงระดับสูง ได้แก่ อาการปวดเข้าปวดหลัง

หรือปวดไหล่ นอนไม่หลับ และเหนื่อยล้า และทุกอาการที่เกิดขึ้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองในระดับปานกลางถึงมากที่สุด

อาการปวดเข้า ปวดหลัง และปวดไหล่ อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.96) มีภาวะน้ำหนักเกินกว่าค่ามาตรฐาน ร้อยละ 31.14 เป็นโรคอ้วนระดับ 1 และร้อยละ 5.91 เป็นโรคอ้วนรุนแรง ซึ่งในทศวรรษที่ผ่านมา โรคอ้วนเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในประชาชนกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางถึงรายได้ต่ำ^{2-3,9,13} บุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน มีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายเกินกว่าค่ามาตรฐาน ร่างกายจึงสะสมไขมันในเนื้อเยื่อไขมันไว้เป็นแหล่งพลังงานในรูปของไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) เมื่อปริมาณไขมันยิ่งสะสมมากขึ้น จะส่งผลให้ความไวในการตอบสนองของตัวรับของอินซูลินที่เซลล์เป้าหมาย (insulin receptor) ลดลง เมื่อความไวต่อการตอบสนองลดลง เซลล์ผลิตอินซูลินต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อผลิตอินซูลินให้มากขึ้น หากกระบวนการนี้เกิดขึ้นเป็นเวลายาวนาน จะทำให้เกิดผลลัพธ์สองประการ ประการแรก คือ เซลล์ผลิตอินซูลินเสื่อมสภาพทำให้เกิดโรคเบาหวาน ประการที่สอง เซลล์ที่เสื่อมสภาพจะปล่อยสารอนุมูลอิสระจำนวนมากพอที่สามารถทำลายเซลล์ ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า oxidative stress และทำให้เกิดกระบวนการอักเสบ มีผลให้เยื่อภายในหลอดเลือดแข็งตัวร่วมกับการสะสมของไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานในหลอดเลือดสูงขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้นเป็นวงจรที่เกี่ยวข้องกัน และอธิบายการเกิดโรคอ้วนเกิดไขมันในเลือดสูง เกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และเกิดอาการทางด้านร่างกาย ได้แก่อาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ¹³ และในกรณีผู้ป่วยขาดการออกกำลังกาย

อย่างสม่ำเสมอ ไม่ควบคุมอาหารที่รับประทานยังทำให้อาการต่าง ๆ เกิดมากขึ้น จนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งอาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจนเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 7.79) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 1.69) และโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (ร้อยละ 1.25)

สำหรับอาการปวดศีรษะอธิบายได้จากสองสาเหตุ สาเหตุแรกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเกินและมีโรคอ้วน โดยเฉพาะค่าดัชนีมวลกายที่สูงกว่า 30 กก./ม² มีโอกาสเกิดอาการปวดศีรษะเรื้อรังและปวดศีรษะข้างเดียวได้เนื่องจากผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีไขมันสะสมใต้ผิวหนังบริเวณลำตัว สะโพก และส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย มีผลให้ระบบหลอดเลือดบริเวณ trigeminal มีความไว เกิดการหดตัว ทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง¹⁴ มีงานวิจัยที่พบว่าเมื่อบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินลดน้ำหนักลงให้อยู่ในระดับปกติช่วยให้ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะลดลงและอาการปวดศีรษะลดลงด้วย¹⁴ สาเหตุที่สองคือเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง Mohammadi และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับอาการปวดศีรษะในกลุ่มตัวอย่าง 9,993 คน ที่มีอายุระหว่าง 35-70 ปี พบว่า ร้อยละ 29 มีอาการปวดศีรษะเป็นพัก ๆ และร้อยละ 7.5 มีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง ซึ่งเมื่อศึกษาประวัติการเจ็บป่วยของทั้งสองกลุ่ม พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดศีรษะเป็นพัก ๆ ร้อยละ 24.27 มีโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง ร้อยละ 31.98 มีโรคความดันโลหิตสูง อาการปวดศีรษะเรื้อรังหมายถึงอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นมากกว่า 15 วันในระยะเวลา 1 เดือน และพบนานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน ซึ่งอาการดังกล่าวรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากกว่าอาการปวดศีรษะเป็น

ครั้งคราว¹⁵ และเป็นอาการที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้

ผลกระทบทางด้านจิตใจอารมณ์และปัญหาด้านสังคมประกอบด้วย อาการทางจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การลึ้มง่าย หงุดหงิดง่าย ความวิตกกังวล การกลัวจะเป็นภาระของครอบครัว ความรู้สึกท้อแท้และความรู้สึกเบื่อหน่าย ที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับอาการทางกายและปัญหาทางด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ลดลง ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ทำงานไม่ได้เหมือนเดิม และทำกิจกรรมนอกบ้านลดลง ผู้ป่วยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักเกิดความรู้สึกวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง (health anxiety-HA)¹⁶ ระดับของความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ หากเป็นโรคที่มีความรุนแรง รักษาไม่หายและเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น มะเร็ง ผู้ป่วยจะกังวลสูงมากจนเกิดอารมณ์หวาดกลัว การทบทวนวรรณกรรมจำนวน 401 ฉบับของ Lebel และคณะ¹⁶ จากฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตีพิมพ์ระหว่าง เดือน มกราคม ค.ศ. 1996 ถึงเดือน ตุลาคม ค.ศ. 2017 ได้ข้อสรุปว่า ร้อยละ 20 ของผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความวิตกกังวลต่อสุขภาพของตนเองและความรู้สึกวิตกกังวลดังกล่าว กระทบต่อการดำเนินชีวิต การตัดสินใจ การแก้ปัญหาโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการรุนแรง มีความพิการทางร่างกาย หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับอาการทางด้านจิตใจและอารมณ์เกิดจาก ความรู้สึกเดียวดายต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระของผู้อื่น ต้องจัดสรรรายได้เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล ต้องหยุดงานเมื่ออาการของโรคกำเริบหรือควบคุมอาการไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากรายได้ลดลงเพราะปฏิบัติงานได้ไม่เต็มศักยภาพเหมือนเดิม ต้องแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพเพื่อการรักษา ผู้ที่มีโรคหลาย ๆ โรคร่วมกันต้องใช้

เวลาทั้งวันเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางแผนกต่าง ๆ มีผลให้เกิดความวิตกกังวล หดพลัง และรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น¹⁷ ผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน การขาดรายได้ระยะยาวจากโรคและกระบวนการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างลดลง แยกตัวเอง และหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจเกิดปัญหาทางจิตได้¹⁶

ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่สม่ำเสมอเกินร้อยละ 50 ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหาร การนอนหลับให้เพียงพอ และการงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงเกิดการระบาดของโควิด-19 และรัฐบาลมีมาตรการในการให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีออกกำลังกายโดยการเดินหรือใช้เครื่องออกกำลังกายของสวนสาธารณะในชุมชนซึ่งปิดบริการในช่วงนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องงดออกจากบ้านและงดออกกำลังกายนอกบ้าน หรือหากทำเองบ้างในบ้านก็ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอเพราะขาดแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมบริโภค การนอนหลับ และการงดดื่มสุรานั้น เป็นพฤติกรรมที่ต้องสร้างแรงจูงใจให้ตนเองและควบคุมตนเองได้อย่างต่อเนื่อง หรือได้รับการสร้างแรงจูงใจจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้วยการใช้โปรแกรมที่สามารถกำกับพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์¹⁰ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่ก่อนการเจ็บป่วยปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่เป็นประจำวันร้อยละ 29.43 และ ไม่สามารถงดบุหรี่ได้เด็ดขาดร้อยละ 23.43 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงในการกำเริบของโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงโรคระบบทางเดินหายใจและมะเร็งซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวต้องใช้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน

การสร้างแรงจูงใจ เพื่อกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดจึงจะ
ได้ผล¹⁰

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.72 หยุดรับประทานยาทันทีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงและงดยาประเภทนั้น ๆ ไปจนกว่าจะพบแพทย์อีกครั้งตามนัด ร้อยละ 47.46 นิยมซื้อยาบำรุง เช่น ถั่งเช่า โสม หรือ สมุนไพรที่จำหน่ายออนไลน์หรือได้รับการชักชวนจากเพื่อนบ้านเพื่อรับประทานร่วมกับยา โดยให้เหตุผลว่าอยากนอนหลับได้สนิทขึ้น และอยากให้มีแรงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.7 แบ่งยาให้เพื่อนบ้านที่เป็นโรคเดียวกัน หรือมีอาการที่คล้ายคลึงกัน รับประทาน เช่น แบ่งยาลดความดันโลหิตให้กับเพื่อนบ้านที่มีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.58 ไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์ แต่ซื้อยารับประทานเองโดยนำตัวอย่างยาที่ได้รับประจำไปซื้อที่ร้านขายยา ซึ่งตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก¹¹ เน้นอย่างชัดเจนว่าในการใช้ยาสำหรับโรคความดันโลหิตสูง ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจัยใช้ผลการตรวจเลือดทางห้องทดลองเพื่อการปรับยาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ^{3-5,9-11}

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92.38) ได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้ทำการรักษาและพยาบาลประจำ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ไปเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.15 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพจากสื่อออนไลน์ที่ส่งต่อ ๆ กันในไลน์กลุ่ม ประจำชุมชน และร้อยละ 75.16 ได้ข้อมูลจากการ บอกต่อจากเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักและปฏิบัติตาม โดยเชื่อว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้แต่เมื่อตรวจสอบกับ ข้อเท็จจริงแล้วข้อมูลเกินกว่าครึ่งเป็นข้อมูลที่เชื่อถือ

ไม่ได้ เช่น การกินถั่งเช่า หรือโสม เพื่อลดน้ำตาลในเลือด ลดความดัน หรือลดอาการปวดข้อเข่า ปวดหลัง สะท้อน ถึง การขาดความรู้ในการรับข้อมูลจากสื่อของกลุ่มตัวอย่าง องค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังควบคุมอาการของโรคได้คือ การเลือกรับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของความรู้ทางสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมควรเริ่มต้นจากการจัดให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง¹²

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบสามอันดับแรกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเขตหลักสี่ซึ่งเป็นชุมชนเมืองในกรุงเทพมหานคร คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสองโรคขึ้นไป และส่วนหนึ่งมีอาการกำเริบจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ เพิ่มเติม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมองแตก ตีบ ตัน และโรคไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ โรคอ้วน ปัญหาด้านพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคที่พบคือ การไม่ออกกำลังกาย ไม่ควบคุมการบริโภคอาหารนอนหลับไม่เพียงพอ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่ดื่มน้ำเพียงพอ สำหรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้พบแพทย์อย่างต่อเนื่องแต่ซื้อยารับประทานเองเพราะไม่ต้องการเสียเวลาเดินทาง กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งแบ่งยาให้เพื่อนบ้านที่มีอาการคล้ายกันรับประทาน ซึ่งยาที่แบ่งให้เป็นยาอันตรายเช่น ยาควบคุมความดันโลหิต ไขมัน และนิยมนำซื้อสมุนไพรที่โฆษณาออนไลน์เพื่อบริโภคเพราะเชื่อว่าทำให้แข็งแรง ผลกระทบจาก

โรคที่พบคือ อาการปวดเข้า ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวด ศีรษะ นอนไม่หลับ เพลียลึ้มง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล กลัวจะเป็นภาระของครอบครัว ท้อแท้ เบื่อหน่าย ทำ กิจกรรมไม่ได้เหมือนเดิมและรายได้ลดลง

ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเมืองมีปัญหาด้านการควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังเช่นทบทวนวรรณกรรม ของ Brathwaite¹⁸ และคณะ ที่พบว่า การควบคุมการ กำเริบของโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้ผลดีในเกือบทุกประเทศโดยเฉพาะประเทศ กลุ่มรายได้ปานกลางหรือรายได้ต่ำ สาเหตุที่สำคัญ แบ่งเป็น สองระยะ ระยะแรกคือระยะที่ได้รับการวินิจฉัย และเข้าสู่กระบวนการรักษา ระยะที่สองคือระยะที่ได้รับการ รักษาและกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่ทำให้เกิด ปัญหาทั้งสองระยะประกอบด้วย 1) แหล่งสนับสนุน ต่าง ๆ ที่ทำให้เข้าสู่กระบวนการที่ล่าช้า เช่น ไม่ได้รับการ วินิจฉัย หรือได้รับการวินิจฉัยแล้วไม่ได้รับยาและ การติดตามที่ดี กระบวนการติดตามของหน่วยบริการ ขาดประสิทธิภาพ ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงหายไปจากระบบการรักษา 2) ความรู้และความเชื่อเรื่องการ เป็นโรคและการรักษาโดยเชื่อว่ายังไม่จำเป็นต้องใช้ยา แต่ใช้วิธีปรับพฤติกรรมได้แก่พฤติกรรมที่ไม่บริโภค อาหารเค็ม ในขณะที่ไม่ได้รับคำอธิบายให้ชัดเจนว่า “อาหารเค็ม” มีลักษณะเป็นอย่างไร โดยส่วนใหญ่ เข้าใจว่า เค็มคือไม่เติมเครื่องปรุงรสอาหารเพิ่ม เช่น ไม่เติมน้ำปลา ดังนั้นต้องมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง 3) สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม หรือลักษณะ ความพร้อมของครอบครัวของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การเดินทาง การมีผู้ดูแลที่ใส่ใจและพร้อมใน การช่วยเหลือ พามาพบแพทย์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นใน

การเดินทางหรือการเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ของครอบครัว จึงไม่ต้องการพบแพทย์ มีผลให้ขาด ช่วงการรักษา และ 4) การเป็นโรคร่วมอื่น ๆ มีผลให้ ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้าถึงบริการยากขึ้น เพราะ ต้องพบแพทย์หลายแผนก เกิดความยุ่งยาก และไม่ ยอยากเสียเวลา หรือทำให้คนในครอบครัวเสียเวลา กับ การเจ็บป่วยของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโครงการเพื่อปรับพฤติกรรมของ ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และประสานงาน กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานเขตหลักสี่ ประสาน ชุมชน เพื่อการนำโครงการไปปฏิบัติในชุมชน
2. พัฒนาเครือข่ายทางสุขภาพร่วมกับผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 อาสาสมัคร สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ครอบครัวและ ญาติของผู้ที่มีโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ในการพัฒนาระบบ บริการเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย โรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเรื่องการติดตาม ประเมินพยาธิสภาพของโรค การพบแพทย์เฉพาะทาง และการรับยาอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกินครึ่งมีภาวะ น้ำหนักเกินซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการ บริโภคอาหารไม่เหมาะสมและการไม่ออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ จึงควรจัดกิจกรรมให้มีการกำกับ ดูแลกันเองโดยประธานชุมชน และมีพยาบาลจาก ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ร่วมกับอาจารย์พยาบาล ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ทำงานร่วมกันเพื่อสนับสนุน กิจกรรมภายในชุมชน
4. ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกคนมีอาการจาก โรคเรื้อรังซึ่งอาการที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดข้อเข้า

ปวดหลัง ปวดไหล่และปวดศีรษะจากโรคความดันโลหิตสูง
ไขมันในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน จึงควรแก้ปัญหา
เรื่องน้ำหนักเกิน โดยการปรับพฤติกรรมการบริโภค
และพฤติกรรมอื่น ๆ เพื่อลดปัญหาดังกล่าว

References

1. Saha A, Alleyne G. Recognizing noncommunicable diseases as a global health security threat. *Bull World Health Organ.* 2018 Nov 1;96(11):792-3. <https://doi.org/10.2471/blt.17.205732> PMID: 30455534
2. Niessen LW, Mohan D, Akuoku JK, Mirelman AJ, Ahmed S, Koehlmoos TP, Trujillo A, Khan J, Peters DH. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *Lancet.* 2018 May 19;391(10134):2036-2046. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30482-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30482-3) PMID: 29627160
3. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2022 Mar 26;399(10331):1266-1278. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02347-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02347-3) PMID: 35339227
4. World Health Organization. Report of the first meeting of the Strategic and Technical Advisory Group for Noncommunicable Diseases: virtual meeting, 27-28 October 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352097/9789240041158-eng.pdf?sequence=1>
5. United Nations Thematic Working Group on Non-communicable Disease Prevention and Control: case study – Thailand. Geneva: World Health Organization and the United Nations Development Programme; 2021. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349934/9789240037083-eng.pdf?sequence=1>
6. Ministry of Public Health. Bureau of Non-Communicable Disease. The Policy and Strategy Section. 5-year national NCDs prevention and control strategic and action plan (2017-2021). Bangkok: Emotion Art; 2017.
7. Uddin R, Lee EY, Khan SR, Tremblay MS, Khan A. Clustering of lifestyle risk factors for non-communicable diseases in 304,779 adolescents from 89 countries: A global perspective. *Prev Med.* 2020 Feb;131:105955. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105955> PMID: 31862205
8. Shakoori IS, Aslam F, Ashraf G, Akram H. Under-standing chronic disease risk factors and multimorbidity. *Int J Community Med Public Health.* 2020 May;7(5):1990-1993. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20201556>
9. Adams AM, Islam R, Yusuf SS, Panasci A, Crowell N. Healthcare seeking for chronic illness among adult slum dwellers in Bangladesh: A descriptive cross-sectional study in two urban settings. *PLoS ONE.* 2020;15(6):e0233635. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233635>
10. Kim S, Park M, Song R. Effects of self-management programs on behavioral modification among individuals with chronic disease: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS ONE.* 2021;16(7):e0254995. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254995>
11. Campbell NRC, Paccot Burnens M, Whelton PK, Angell SY, Jaffe MG, Cohn J, et al. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: Policy implications for the region of the Americas. *Lancet Reg Health Am.* 2022;9:None. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100219> PMID: 35711684

12. Sinthuchai S, Namdej N, Kittiboonthawal P, Dejpitaksirikul S, Chuencham J, Ubolwan K, et al. Health literacy development model to promote self-management behaviors and its health impact on older adults with both Type 2 diabetes and hypertension, in primary care clusters in Saraburi province. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2022;37(1):58-74. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/253534/174198>
13. Kumar A. The impact of obesity on cardiovascular disease risk factor. *Asian J. Med. Sci*. 2019;10(1): 1-12. <https://doi.org/10.3126/ajms.v10i1.21294>
14. Westgate CSJ, Israelsen IME, Jensen RH, Eftekhari S. Understanding the link between obesity and headache- with focus on migraine and idiopathic intracranial hypertension. *J Headache Pain*. 2021; 22(1):123. <https://doi.org/10.1186/s10194-021-01337-0> PMID: 34629054
15. Mohammadi M, Ayoobi F, Khalili P, Soltani N, La Vecchia C, Vakilian A. Relation of hypertension with episodic primary headaches and chronic primary headaches in population of Rafsanjan cohort study. *Sci Rep*. 2021;11(1):24071. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03377-7> PMID: 34911995
16. Lebel S, Mutsaers B, Tomei C, Leclair CS, Jones G, Petricone-Westwood D, et al. Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *PLoS One*. 2020; 15(7):e0234124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234124> PMID: 32716932
17. Estechea Querol S, Clarke P, Sattler ELP, Halford JCG, Gabbay M. Non-visible disease, the hidden disruptive experiences of chronic illness in adversity. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020;15(1): 1857579. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1857579> PMID: 33287691
18. Brathwaite R, Hutchinson E, McKee M, Palafox B, Balabanova D. The long and winding road: a systematic literature review conceptualising pathways for hypertension care and control in low- and middle-income countries. *Int J Health Policy Manag*. 2022; 11(3):257-68. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.105> PMID: 32702800